



ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS – ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 998-A, Centro – Crateús-Ce
Cep. 63.702-885 – Celular/WhatsApp: (88) 99619 – 6396 – E-mail: deranysantos@hotmail.com

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Nome: <u>Francisco Valderama dos Santos</u>		Nacionalidade: <u>BRASILEIRA</u>	
Estado Civil: <u>Solteiro</u>	Profissão: <u>Desempregado</u>	Carteira de Identidade: <u>2007510697-8</u>	
CPF nº: <u>05527420390</u>	Residência: <u>Córrego da Forquilha - Mangue Seco</u>		
Bairro: <u>Liloca de Jeri</u>	Cidade: <u>Ceará</u>	Estado/UF: <u>Ceará</u>	CEP: <u>62.598.000</u>

OUTORGADO: ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/CE sob o nº 34.613; com endereço profissional na Rua Dr. João Tomé, nº. 998-A, Centro, município de Crateús/CE, CEP nº 63.702-885; Celular/WhatsApp: (88) 99619-6396.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o(a) outorgante nomeia e constitui, o outorgado, seu bastante procurador, conferindo-lhe os poderes da cláusula "ad judicium et extra", podendo agir em conjunto ou separadamente perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, bem como conferindo os poderes especiais para promover a Ação Judicial competente para o **recebimento da indenização que lhe cabe, como beneficiário, em virtude de acidente de trânsito, cobertos pelo seguro DPVAT**, junto a qualquer companhia de seguro conveniada a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT, participante do Convenio DPVAT, podendo firmar compromissos, contratos, promover ações de seu interesse, podendo representar em qualquer juízo com poderes para promover; acordos judiciais e extrajudiciais e demais atos necessários dos interesses dos serviços contratados podendo ainda, transigir, requerer, juntar e retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, dar ou receber quitações, firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização de sinistro **receber intimações para audiência e perícias médicas**, em nome do(a) outorgante, substabelecer com ou ser reservas, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

Acarau – CE., 06 de Abril de 2019.

*FRANCISCO VALDERAMA DOS SANTOS
(outorgante)

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO MILTON BARBOSA DE SOUSA

Polgar Direto

FRANCISCO VALDERAMA DOS SANTOS

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2007510697 - 8

DATA DE EXPEDIÇÃO 16/04/2010

NOME FRANCISCO VALDERAMA DOS SANTOS

FILIAÇÃO MANOEL EDILSON DOS SANTOS
MARGARIDA MARIA DE SOUSA

NATURALIDADE JIJOCA DE JERICOACOARA - CE

DATA DE NASCIMENTO 04/07/1994

DOC. ORGEM CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO:SEDE TERMO:796 FOLHA:199V LIVRO:A
ESP JIJOCA DE JERICOACOARA - CE

1 VIA

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P.: 142

10/05/2019



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **055.279.203-92**

Nome: **FRANCISCO VALDERAMA DOS SANTOS**

Data de Nascimento: **04/07/1994**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **02/09/2009**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **14:40:08** do dia **10/05/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **FAE8.6239.B91E.BD75**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 10/05/2019 às 15:23, sob o número 01317156220198060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0131715-62.2019.8.06.0001 e código 4856F63.



ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS – ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 998-A, Centro – Crateús-Ce
Cep. 63.702-885 – Celular/WhatsApp: (88) 99619 – 6396 – E-mail: deranysantos@hotmail.com

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Declarante: <u>Francisco Valderama dos Santos</u>		Nacionalidade: Brasileira
Residência: <u>Córego da Jorquilha - Mangor Seco</u>		Profissão: <u>Desempregado</u>
CPF nº: <u>05527920392</u>	RG nº: <u>2007510697-3</u>	Estado Civil: <u>Solteiro</u>
Bairro: <u></u>	Cidade: <u>Ilóca de Jeri</u>	Estado/UF: <u>Ceará</u>
CEP: <u>62.598.000</u>	Telefone: <u>(88) 996919968</u>	

DECLARO para os devidos fins que possuo hipossuficiência financeira, não possuindo condições de arcar com custas processuais e honorários advocatícios sem prejudicar o meu sustento próprio e o de minha família, consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Acauá - Ce., 06 de Abril de 2019.

FRANCISCO VALDERAMA DOS SANTOS

Declarante



ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS – ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 998-A, Centro – Crateús-Ce
Cep. 63.702-885 – Celular/WhatsApp: (88) 99619 – 6396 – E-mail: deranysantos@hotmail.com

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Declarante: <u>Francisco Valderama dos Santos</u>		Nacionalidade: Brasileira
Residência: <u>Córrego da Furquilha - Mangue Seca</u>		Profissão: <u>Desempregado</u>
CPF nº: <u>05527920392</u>	RG nº: <u>2007510692-8</u>	Estado Civil: <u>Solteiro</u>
Bairro: <u></u>	Cidade: <u>Ilhéus de Jeri</u>	Estado/UF: <u>Ceará</u>
CEP: <u>62.598.000</u>	Telefone: <u>(88) 996919968</u>	

DECLARO que resido no endereço acima citado e forneço os dados pessoais, documentos e demais declarações para a propositura de Ação Judicial em desfavor de qualquer seguradora conveniada DPVAT- FENASEG, E QUE FUI VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO. Sendo de minha total responsabilidade a declaração de invalidez ou óbito fornecida.

Acarau - Ce., de 06 de Abril de 2019.

*FRANCISCO VALDERAMA DOS SANTOS
(declarante)



Esta é a segunda via de
FEV/2019

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE	
1738484	DV 2
VENCIMENTO	
05/04/2019	
TOTAL A PAGAR (R\$)	
51,21	

DESCRIÇÃO DA CONTA	Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
ENERGIA			
Consumo faixa 0-30 Kwh	137	0,36636	50,19

OUTROS PAGAMENTOS
INDENIZAÇÃO TRIMESTRAL DIC
JUROS DO MES
MULTA MORATORIA

-0,04
0,03
1,03

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
 Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecológica(%CO₂)

0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

A ENEL AGRADECE E PARABORIZA SUELA PORTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.

"PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE
SEU NÚMERO DO CLIENTE SEM O DÍGITO VERIFICADOR."

Chame os vizinhos e amigos e ajude no combate ao mosquito transmissor

NÃO FOI POSSÍVEL COLHER LEITURA POR: - FALTA MÉDIA-
LEIT. BIMESTRAL ART 96 RES 414

autenticação mecânica cliente

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° **560920088**

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza CE
 CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438 de
26 de abril de 2002

DADOS DO CLIENTE

Rota 26 035121 03 092700 Medidor 8452548 Poste 0000 0000
 Nome MANOEL EDILSON DOS SANTOS
 Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora PV CORREGO DA FORQUILHA II 00001 MANGUE SECO J.DE
 JERICOACOARA 62598000

RG / CPF / CNPJ 899.035.793-49

CGF

Classe B2 - 04-RURAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA

Fator de Potência

0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual Leitura Anterior Constante Consumo (kWh) Consumo Incl. Consumo Faturado

25791

25654

1

137

0

137

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação 11/03/2019 Prev. Próxima Leitura 11/03/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

7E43.C155.1EF3.957D.D473.4A68.84F2.FCB0

ICMS

Base de Cálculo (R\$) Aliquota Valor do Imposto
 ISENT0

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	25,83
TRANSMISSÃO	2,75
DISTRIBUIÇÃO	14,71
ENCARGOS SETORIAIS	3,94
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	2,96

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

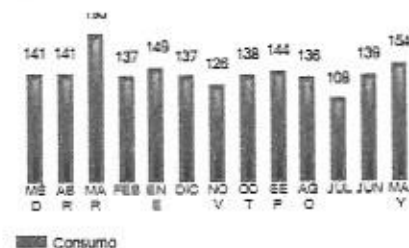
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 22,95

Conjunto CRUZ

Mês DEZ/ 2018

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	10,44	20,88	41,76	0,47	25,57	28,27
FIC (un)	7,52	15,04	30,09	1,00	3,00	9,00
DMIC (h)	5,58			25,04		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



N° do Cliente: **1738484-2** N° da Nota Fiscal: **560920088** Total a Pagar (R\$): **51,21**
 Data de Emissão: **10/05/2019** Referência: **FEV/2019** N° de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE JIJOCA DE JERICOACOARA



Impresso nº 2018169623

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 578 - 1463 / 2018**Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **22/10/2018 10:24:58**Data / Hora da Ocorrência: **26/08/2018 01:00:00**Endereço da Ocorrência: **AVENIDA JERICOACOARA**

Complemento:

Bairro: **CENTRO**Município: **JIJOCA DE JERICOACOARA/CE**Ponto de Referência: **ROTATÓRIA****Dados da(s) Vítima(s)**Nome: **FRANCISCO VALDERAMA DOS SANTOS**Nascimento: **04/07/1994** CPF: **055.279.203-92**RG: **20075106978**Orgão Emissor: **SSP**UF: **CE**Filiação: **MARGARIDA MARIA DE SOUSA****MANOEL EDILSON DOS SANTOS**Endereço: **SITIO CORREGO DA FORQUILHA 2**Bairro: **ZONA RURAL**Município: **JIJOCA DE JERICOACOARA/CE**CEP: **62.598-000**País: **BRASIL**

Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)1) Placa: **PMX9685** Uf: **CE** Município: **JIJOCA DE JERICOACOARA** Chassi:**9C2KD1000JR008225** Renavam: **1158413324** Tipo do Veículo:**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR 160 BROS** AnoFabricação: **2018** Ano Modelo: **2018** Combustível: **GASOLINA** Cor:**BRANCA** Proprietário: **FRANCISCO VALDERAMA DOS SANTOS**Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **NORMAL****Histórico**

Afirma o noticiante que dia 26/8/2018, por volta da 1h00min, trafegava pela Avenida Jericoacoara (rotatória "Bendito Doca"), centro, Jijoca de Jericoacoara-CE, conduzindo sua motocicleta (HONDA/NXR 160 BROS, ano 2018/2018, placa PMX9685, renavam 1158413324, chassi 9C2KD1000JR008225, cor BRANCA, documentada em seu nome), quando perdeu o controle da mesma ao contornar a rotatória; Que conseguiu levantar e se dirigiu ao Centro de Saúde Gabriel Brandão, na própria motocicleta; Que sofreu TRAUMA CRANIANO ESQUERDO e hematomas pelo corpo, e após realizado os procedimento clínicos de urgência, foi encaminhado para a Santa Casa de Misericórdia de Sobral-CE; Que indica como testemunhas: MARIA MACLEANE DA SILVA SOUSA, telefone (88) 98834 2389, residente na localidade de Córrego da Forquilha II, zona rural, Jijoca de Jericoacoara-CE, e JOSE DOMICIO DOS SANTOS, telefone (88) 98877 9645, residente na localidade de Córrego da Forquilha II, zona rural, Jijoca de Jericoacoara-CE; Que deseja dar entrada no SEGURO DPVAT; Que o noticiante não possui CNH; E nada mais disse.

O presente registro é de inteira responsabilidade do responsável pela informação, ficando este cientificado.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE JIJOCA DE JERICOACOARA



Impresso nº 2018169623

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 578 - 1463 / 2018

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE JIJOCA DE JERICOACOARA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : _____

TURENNE RIBEIRO - MAT.: 30122747

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: _____

VISTO DO DELEGADO(A) : _____

SAMELLA SARAIVA DE FREITAS - MAT.: 30124723

Hospital Municipal Gabriel Brandão de Sousa

DATA: 26/08/18HORA: 08:10

REGISTRO DE ATENDIMENTO

ETIQUETA DE CLASSIFICAÇÃO

HORA DA CLASSIFICAÇÃO: _____

NOME: Francisco Valdeama dos Santos IDADE: _____
☒ MORADOR: _____
 ☐ TURISTA: _____

ATENDIMENTO

☒ ADULTO
 ☐ PEDIÁTRICO Resp: _____
PROCUROU PSF: SIM ☐
 CAUSAS:
 ☐ ENCAMINHAMENTO
☐ NÃO TINHA FICHA PARA CONSULTA
☐ NÃO TINHA MÉDICO
☐ POSTO ESTAVA FECHADO
☐ NÃO RESOLVEU O PROBLEMA
NÃO ☐
☐ NÃO É EFICIENTE
☐ LONGE DE CASA
☐ NUNCA TEM MÉDICO
☐ ESTAVA FECHADO

TRIAGEM:

ALÉRGICO: ☐ SIM ☐

ASSINATURA DO ENFERMEIRO - COREN

HORA DO ATENDIMENTO MÉDICO: 08:15HDA DO MÉDICO: paciente vítima de acidente de trânsito apresentando Trauma braquial esquerdoCONDUTA: MEDICAÇÃO + TRANSFERÊNCIA PARA SOBRALDIAGNÓSTICO: Trauma braquial esquerdo

ANTONIO WENDELL PINTO PAIVA
Antonio Wendell Pinto Paiva
CRM: 18056
Médico

ASSINATURA DO MÉDICO - CRM

MOTIVO DO ATENDIMENTO

- | | |
|---|--|
| ☐ CLÍNICO | ☐ CARDIOLÓGICO |
| ☐ CIRÚRGICO | ☐ TRAUM. ORTOPÉDICO |
| ☐ TENT. SUICÍDIO | ☐ OUTROS: _____ |

DESTINO DO ATENDIMENTO

- | | | | |
|--|--|--|----------------------------------|
| ☐ CONSULTA: | ☐ Com medicação | ☐ Sem medicação | |
| ☐ INTERNAÇÃO: | ☐ Até 06h | ☐ 06h - 12h | ☐ 12h-24h |
| ☐ TRANSFERÊNCIA | | | |

ALTA DO PACIENTE

DATA: ____/____/____

HORA: _____



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE JIJOCA DE JERICOACOARA
SECRETARIA DE SAÚDE

1. Preencher esta ficha em 3 vias
2. Ao terminar a consulta ou trata-
entregar as 2 vias usuário, orient.
para retornar com a 1ª via a uni-
origem.

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: _____
 Distrito Sanitário: _____ Município: Jijoca de Jericoacoara
 Nome: Franisco Valdemar dos Santos Prontuário Nº: _____
 Sexo: M ☒ F ☐ Data de Nascimento: 04/07/94 Ocupação: _____
 Endereço: Canga da Fogueira II Bairro: _____ Fone: _____
 Motivo do Encaminhamento: _____

Paciente vítima de TCE com Fratura
 Resultado de Exames: de ossos da face.

Conduta já Realizada: _____

Impressão Diagnóstica: Fratura de ossos da face
medica 26/08/18
 Assinatura do Encaminhante - Nº. Registro _____ Função _____ Data _____ Hora _____

AGENDAMENTO

Encaminhamento para Atendimento: Ambulatorial ☒ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico _____
 Procedimento: _____ Profissional: Bucamaxilo
 Unidade de Referência: _____ Data: 1/1 Hora: _____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____
 Município: _____ Prontuário Nº: _____ Alta: 1

Resumo: Clínico / Cirúrgico

Resultado de Exames:

Diagnóstico Principal: _____ CID: _____
 Secundário 1: _____ CID: _____
 Secundário 2: _____ CID: _____

Proposta de Conduta para seguimento:

O Problema Justificou a Referência? Sim ☐ Não ☐

O Motivo de Referência Coincide com o Diagnóstico? Sim ☐ Não ☐



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

Filiada à Confederação das Misericórdias do Brasil



RECEITUÁRIO MÉDICO - Ambulatório

P/ FRANCISCO VALTERAMA DOS SANTOS

ENCAMINHO AO:

AMBULATÓRIO DO BUCOMAXILO

Paciente vítima de TCE
com fratura de ossos
da face.

26/00/18

Cód. 1183

Rua Antonio Crisóstomo de Melo, 919 - Centro - Sobral - Ceará - CEP: 62.010-550
Fone: (88)3112.0400 - Fax: (88) 3613.1908
CNPJ: 07.818.313/0001-09 - CGF: 06.322.262-0 - Certificado Filantrópico - Proc. 242.442/74

SINISTRO 3180526847 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA FRANCISCO VALDERAMA DOS SANTOS

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev

Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE

BENEFICIÁRIO FRANCISCO VALDERAMA DOS SANTOS

CPF/CNPJ: 05527920392

Posição em 27-04-2019 14:53:30

Seu pedido de indenização foi negado. Enviamos carta, para seu endereço, com mais informações sobre a conclusão da análise do seu processo.